UNIVERSITE PARIS-SUD - FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD

Année 1975

N° 165

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

WALTER Annie.

-:-:-

née le 16 Juillet 1948 à BARBASTE

-

Présentée et soutenue publiquement

le .....

-

PROSPECTIVE DES EXAMENS DE SANTE

Président : Monsieur le Professeur SAPIN JALOUSTRE

-

UNIVERSITE PARIS-SUD - FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD

Année 1975 N° .....

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

WALTER Annie.

-:-:-

née le 16 Juillet 1948 à BARBASTE

-

Présentée et soutenue publiquement

le .. ..

-

PROSPECTIVE DES EXAMENS DE SANTE

Président : Monsieur le Professeur SAPIN JALOUSTRE

-

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur SAPIN-JALOUSTRE.

Nous avons eu le privilège d'être parmi vos élèves ; vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En respectueux hommage.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544725_0044

P R O S P E C T I V E

D E S

E X A M E N S D E S A N T E

P L A N

- INTRODUCTION

- CHAPITRE I - VUE D'ENSEMBLE SUR LES EXAMENS DE SANTE

A/- Automatisation et examen de santé.

B/- Problème des objectifs.

- CHAPITRE II - PROPOSITION D'UNE ORGANISATION D'UNE MEDECINE PREVENTIVE -

A/- La prévention primaire -

1°/- Définition

2°/- Objectifs

3°/- Moyens.

B/- La prévention secondaire -

1°/- Définition

2°/- Objectifs

3°/- Moyens { examen clinique
questionnaire
bilan de santé .

- CHAPITRE III - L'EDUCATION SANITAIRE -

A/- Education des médecins en matière de Prévention

B/- Education sanitaire de la population en matière de prévention -

- CHAPITRE IV - RECHERCHE EN MATIERE D'EXAMEN DE SANTE -

A/- Valeurs de référence en Biologie

1°/- Définitions

2°/- Population de référence.

3°/- Utilité et usage des valeurs de référence

4°/- Contrôle de qualité.

B/- Le questionnaire

1°/- Définition

2°/- Etude pratique d'un questionnaire

3°/- Résultats

4°/- Conclusion et reproduction d'un questionnaire.

- CHAPITRE V - RESUME DES PROBLEMES SOULEVES -

A/- Utilité des examens de santé.

B/- A qui sont adressés les examens de santé.

C/- Facteurs de risque.

D/- Méthodologie des examens de santé.

E/- Rôle du médecin dans les examens de santé.

- CONCLUSION -

I N T R O D U C T I O N

Le problème de la prévention médicale, et, en particulier celui des examens de santé, est un problème très actuel, surgi de l'essor de la technologie moderne.

A côté de l'examen de santé annuel, pratiqué depuis des années par les services de médecine collective, on suggère aujourd'hui des bilans de santé beaucoup plus complets cliniques et biologiques. La multiplication de tels bilans, sans que leur fiabilité et leur valeur prédictive aient été arrêtées et qui alourdissent le budget de charges importantes, ne sont pas sans inquiéter ; et ceci d'autant plus que leur développement s'est déroulé de manière souvent désordonnée, sans objectifs précis.

En nous appuyant sur les récents travaux du COMITE NATIONAL DE PREVENTION MEDICALE, et sur ceux du Département de Médecine Préventive de la Faculté de Médecine de PARIS-SUD, nous essayerons dans un premier temps de faire le point sur l'état actuel de l'automatisation et des objectifs des examens de santé ; dans un deuxième temps, il sera proposé un plan d'organisation possible

en matière de Médecine Préventive ; et, dans une troisième temps, nous envisagerons les moyens d'une éducation sanitaire efficace, car les progrès de la médecine préventive passent par une prise de conscience de la population.

Enfin, il sera fait état de deux points importants en matière d'examens systématiques :
les valeurs de référence en biologie , et
le questionnaire .

C H A P I T R E I

V U E D ' E N S E M B L E

S U R L E S E X A M E N S D E S A N T E

-:-

AUTOMATISATION ET EXAMENS SYSTEMATIQUES DE SANTE

-

L'automatisation apporte dans le domaine des examens de santé, de telles facilités, qu'il est possible d'attribuer l'essor actuel de la médecine préventive au développement récent d'appareils plus ou moins automatisés.

Le mot "automatisation" doit être pris dans une définition très large, qui inclut les procédés permettant une simplification des interventions. Compte tenu de cette définition, on peut discuter trois niveaux d'impact de l'automatisation dans le domaine des Examens de santé systématisés. Chacun correspond à un étage fonctionnel .

I - Le premier niveau est celui de l'acquisition des informations -

Les exemples les plus classiques sont ceux de la biochimie , et de l'hématologie (à un moindre degré) qui bénificient d'appareils totalement automatisés, effectuant l'ensemble des tâches autrefois manuelles.

Le résultat délivré est une valeur brute.

Ces appareils permettent de réaliser une certaine économie et jouissent d'une grand succès.

Mais les examens systématisés qu'ils permettent de réaliser sont insuffisants. Il faut y ajouter d'autres techniques d'acquisition de valeurs, telles que des questionnaires, des systèmes de codage d'examens électriques ou radiologiques, etc...

2 - Le second niveau est celui de la gestion des informations acquises.

Sous ce terme, on regroupe différentes fonctions de type organisationnel, telles que l'identification des sujets ou la comptabilité ; et de type technique, telles le contrôle des appareils ou celui de la validité. Ces fonctions sont remplies par un ordinateur. Certains systèmes regroupent même les deux niveaux, avec un premier étage d'acquisition, et un second de traitement d'information.

3 - Le troisième niveau est celui de l'exploitation de l'information -

Ce niveau est actuellement facultatif, dans un environnement médical classique tout au moins.

Pourtant le recours à des exploitations d'informations par les méthodes statistiques parait fondamental pour une évaluation de la valeur prédictive des examens pratiqués. Il serait intéressant de créer un système de "feed-back" des résultats de l'exploitation statistique globale des épreuves sur le premier niveau d'acquisition.

Ce 3ème niveau impose le recours à un ordinateur puissant.

Appareils	Instruments nombreux micro-Programmés	Petit calculateur	Ordinateur puissant.
NIVEAU I	Acquisition valeurs		
NIVEAU 2		Gestion des résultats	
NIVEAU 3			Exploitation

FiG. 1

Voici donc quels sont les différents appareillages disponibles sur le marché européen. Mais on pourrait se demander pour qui est faite l'automatisation ?

En fait, tout se passe comme si l'on pouvait confondre grâce à l'automatisation les fonctions réalisées dans des secteurs aussi différents que :

- la médecine du travail ou scolaire,
- les consultations externes des hôpitaux,
- les centres d'examens de santé type Sécurité Sociale,
- les centres de dépistage,
- les centres de "check-up",
- les centres de recrutement militaire.

La publicité des constructeurs entretient cette confusion.

Après l'analyse des moyens techniques, il appartient donc de tenter une classification des différentes institutions qui sont susceptibles de les utiliser et de préciser les objectifs de ces diverses institutions.

-:-:-:-:-

L E P R O B L E M E D E S O B J E C T I F S

Dans l'étude des objectifs, une remarque s'impose d'emblée : c'est la primauté ou l'antériorité de l'existence des moyens sur les objectifs. L'objet existait avant qu'une vision claire de ses utilisations ait émergé socialement.

Analyser les objectifs, c'est donc analyser la façon dont les diverses institutions ont intégré cet objet technique dans leur pratique actuelle, et l'on peut regretter que la démarche inverse ne se soit pas produite : c'est-à-dire que l'objet technique ne soit pas au service d'un objectif préalablement fixé.

On peut tenter dans un premier temps, d'établir une classification provisoire des examens de santé en fonction de leur objectif. Cette classification a été proposée par le Comité National de Prévention Médicale.

1/- Le dépistage simple ou multiple -

Il est caractèrisé par le fait que les états recherchés dans la population examinée sont définis à priori et sont en nombre limité. L'objectif est parfaitement circonscrit. Il s'agit, au sein d'une collectivité, de

déceler les membres atteints de telle ou telle affection.

2/- Les bilans précliniques.

Cette activité (qui ne se déroule d'ailleurs pas obligatoirement dans le cadre d'institutions poursuivant des objectifs précis), regroupe tout un ensemble de cas où, ne possèdant pas d'infofmations sur l'état de santé antérieur d'un individu, on va procéder sur lui au recueil de ces informations dont une part peut prendre un tour systèmatique.

Il s'agit de pratiquer un interrogatoire, un examen clinique, différents prélèvements sanguins et urinaires, voire quelques examens complémentaires, soit sur des individus présumés sains, soit sur des individus consultant pour quelques troubles, soit sur des individus consultant pour certains troubles.

Cette activité est habituellement remplie par un médecin. On cherche à l'automatiser par des procédures telles que le questionnaire dont nous aborderons plus loin le problème.

D'emblée, on peut se demander ceci : comment le médecin interprêtera-t'il le cas limite non franchement

pathologique que lui fournira ce bilan préclinique, en dehors d'un contexte physique social et familial du sujet ; contexte habituellement connu de lui , dans l'état ectuel des choses.

Pour répondre à cette question, envisageons la troisième classe d'examens de santé.

3/- Les bilans de santé individuels et polyvalents à but préventif.

Il s'agit là d'un procédé idéal, pas nécessairement pratiqué parmi les institutions existantes, qui, bien que systématique et automatique, conserverait toute la richesse initiale de l'information, fournie dans le "colloque singulier" du médecin et de son patient.

Celui-ci serait pris dans sa globalité physique, psychique et sociale. Son individualité serait prise en compte au niveau de la nature des paramètres prélevés sur lui ou à son propos, et de l'interprêtation qu'on en ferait ensuite. Ce qui nous amènerait à parler de "prévention individualisée".

4/- Examens à objectifs spéciaux.

Cette dernière catégorie rassemble tous les systèmes d'Examens de santé présentant des objectifs précis et limités, différents de ceux qui ont été évoqués précédemment. Comme exemple donnons : l'examen des candidats au don du sang.

Tous les cas où les tâches à accomplir ne sont qu'imparfaitement précisées n'entrent pas dans ce cadre, mais dans un des précédents.

Tels sont actuellement les examens de santé fournis dans le cadre de la Médecine du Travail dans sa généralité.

EN CONCLUSION de ce chapître, nous pouvons dire deux choses :

a/ - D'une part, tout système concret d'examens de santé constitue un mélange, plus ou moins différencié, des types que nous avons essayé de mettre en évidence.

b/- D'autre part, les différences essentielles entre ces différents types d'examens se manifestent surtout au niveau de l'objectif fixé, et de l'ambition avec laquelle on se propose de l'atteindre. Et l'on peut distinguer trois niveaux d'ambition :

- L'ambition minimum consiste à considérer l'examen de santé comme un moyen de réaliser systématiquement et économiquement un ensemble d'opérations qui seraient de toute façon effectuées dans les institutions actuelles de santé. Ce premier niveau est opérationnel à court terme et sert à justifier l'existence de l'examen de santé du point de vue de son intérêt immédiat.

- L'ambition supérieure consiste à interprêter les résultats bruts, soit en terme de dépistage d'un point de vue collectif, (et cet objectif est difficilement réalisable car les conditions élémentaires à tout dépistage (états recherchés, règles de mesure et d'interprêtation) sont rarement explicitées), soit en terme de bilan physiologique d'un point de vue individuel (et il s'agit là d'un objectif encore plus difficilement réalisable).

- Quant au troisième niveau, c'est celui de la recherche fondamentale. Les travaux auxquels elle donnera lieu, basés sur les méthodes d'essais comparatifs ou sur des observations longitudinales, seront les seuls à pouvoir donner une réponse aux questions soulevées par l'activité de routine : valeur discriminante et prédictive des

paramètres.

Pour ce faire, il est nécessaire de réaliser un certain nombre d'exigences techniques, et l'apprentissage de tout un personnel dont la vocation serait la routine.

Un ensemble coordonné de recherches et d'expériences limitées, effectuées en liaison avec la pratique courante, serait le moyen le plus sûr et le plus économique pour parvenir à tirer parti des récents progrès de la technologie.

-:-:-:-

C H A P I T R E I I

P R O P O S I T I O N D ' O R G A N I S A T I O N

D ' U N E M E D E C I N E P R E V E N T I V E

Après les réflexions précédentes au sujet des examens de santé, nous allons, dans ce chapitre, envisager comment ils pourraient s'organiser dans la pratique, en vue d'une médecine préventive raisonnable, c'est-à-dire efficace et sans charges lourdes et inutiles pour le budget.

Nous utiliserons la définition de la médecine préventive que donne l'OMS, qui distingue :

a/- la prévention primaire,

b/- la prévention secondaire.

A chaque niveau, nous examinerons la place et le rôle des examens de santé.

-:-:-

L A P R E V E N T I O N P R I M A I R E

1°/- PAR DEFINITION, la prévention primaire est celle qui vise à prévenir l'apparition de la maladie.

2°/ - LES OBJECTIFS -

L'O.M.S. dans sa définition visait surtout des techniques telles que les vaccinations. Actuellement, on doit élargir cette conception , et faire en particulier entrer dans les objectifs de la prévention primaire la recherche des facteurs de risque en tant que cause déclenchante ou favorisante de la morbidité.

Parmi les facteurs de risque connus ou soupçonnés, on distingue :

a/- les facteurs individuels inhérents à l'individu lui-même, et liés :

- à son hérédité (ex.le diabète),
- à ses antécédents personnels (ex. antécédents gynécologiques dnas le cancer du col).
- à ses habitudes de vie (ex. le tabac dans le cancer bronchique).

b/- les facteurs liés à l'environnement socio-professionnel

dont les trois principaux sont -

- les nuisances professionnelles (physiques, chimiques, infectieuses ou climatiques).
- les charges de travail.
- les conditions de travail (cadences, transports).

c/- les facteurs liés à l'environnement socio-familial

parmi lesquels on retrouve :

- les charges familiales,
- la qualité du logement et de la vie,
- l'environnement, la pollution, l'écologie.

Si certains de ces facteurs de risque sont actuellement connus ainsi que leur filiation morbide, beaucoup d'autres restent à découvrir et à étudier. Et c'est là une des étapes primordiales. Cette démarche permet en effet de fixer des objectifs à la prévention primaire, d'isoler des individus à haut risque pathogène, donc d'instaurer une prévention secondaire individuelle et collective cohérente.

3/- LES MOYENS -

Les moyens pour atteindre ces objectifs sont doubles :

A - Dans la neutralisation des facteurs de risque connus, le moyen essentiel reste l'éducation sanitaire. Elle doit se dérouler à deux niveaux : le cabinet de consultation et la collectivité. Nous consacrerons à ce problème un paragraphe particulier.

Les autres moyens seront l'amènagement ergonomique des postes de travail, l'hygiène alimentaire des cantines et restaurants; et bien d'autres encore qu'il reste à développer.

B - Dans la recherche de nouveaux facteurs de risque, le moyen essentiel reste l'étude rationnelle et scientifique, coordonnée à un niveau à définir (régional ou national), en vue de déterminer les thèmes de l'enquête, d'élaborer les protocoles, de centraliser les données et d'assurer les traitements statistiques et informatiques.

-:-

L A P R E V E N T I O N S E C O N D A I R E

1°/ PAR DEFINITION : la prévention secondaire vise au dépistage précoce de la maladie. Il s'agit d'une investigation médicale qui permet de faire le départ entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée, et celles qui en sont probablement exemptes.

2°/- LES OBJECTIFS DE LA PREVENTION SECONDAIRE.

Ils sont impossibles à fixer sans enquêtes épidémiologiques préalables ou concomitantes (et il en sera de même pour les moyens de dépistage). Voici pourquoi :

a/- d'une part, il ne peut s'agir que d'une surveillance longitudinale exigeant l'observation de l'individu à intervalles et sur une longue période. Car les valeurs de référence sont difficiles à définir ; et c'est souvent beaucoup mieux par rapport à lui-même que par rapport à une norme que l'individu peut se définir.

b/- d'autre part, les méthodes de dépistage doivent être réglées, ce qui permet de fixer, même arbitrairement, une norme, et de traiter les cas limites.

Et c'est là l'intérêt des enquêtes épidémiologiques, qui doivent se fixer quatre objectifs propres :

a/- Déterminer l'incidence - la prévalence - et l'histoire naturelle de certaines maladies.

b/- Découvrir des facteurs de risque, et étudier leur filiation morbide.

c/- Tester les méthodes de dépistage, et en particulier, en matière de variable biologique, déterminer la signification des signes déviants par l'étude de la distribution des variables dans la population.

d - Entreprendre les essais thérapeutiques.

Un problème important a été soulevé dans ce paragraphe celui des valeurs de référence en biologie, sur lequel nous reviendrons au 4ème Chapître.

3/ - LES MOYENS -

Trois moyens seront envisagés en matière de dépistage précoce des maladies :

a/- L'examen habituel de médecine.

b/- Les questionnaires.

c/- Les bilans de santé.

A/- L'examen habituel :

Nous prendrons comme exemple l'examen de médecine du travail ; dans l'état actuel des choses, il aboutit à deux situations :

- ou bien la découverte de l'élément pathologique retentit sur l'aptitude du sujet au travail, ou se situe dans le cadre d'une pathologie professionnelle, et le médecin du travail est autorisé à poursuivre les investigations complémentaires nécessaires ;
- ou bien on se situe dans le cas contraire, et la seule ressource est d'adresser le consultant à son médecin traitant. Ce conseil est rarement suivi, et la pathologie qui aurait pu être précocement découverte ne le sera que trop tard.

Pour remédier à cette situation, on peut proposer deux choses :

a - d'une part, qu'un champ d'action plus large soit donné au médecin du travail dans ce cas particulier, au médecin de médecine préventive d'une façon plus générale. Il lui serait alors permis, s'il découvre chez l'individu examiné une anomalie ou un facteur de risque sans rapport

avec la pathologie professionnelle, de poursuivre les investigations, et d'instituer une surveillance médicale spéciale, dont le contenu pourrait être les bilans de santé, tels qu'ils seront définis plus loin.

b - D'autre part, des liaisons horizontales doivent s'établir entre les diverses institutions de médecine préventive et les praticiens. ceci pourrait se faire au moyen de "cartes d'échange" ou de "carnets de santé".

B/- Le questionnaire -

Rempli avant la visite médicale, il oriente l'examen du médecin, associe dans un ordre logique des questions dont le regroupement peut avoir une signification.

Certaines conditions doivent être réunies :

- il doit être aussi court que possible.
- il doit être sans ambiguité.
- il doit être fiable, donc avoir été testé de façon très soigneuse.
- les réponses doivent en être contrôlées par le médecin.

Actuellement, plusieurs questionnaires sont à l'étude, et nous reprendrons dans un prochain chapître ce problème particulier, afin d'examiner où en sont les recherches.

C/- Les Bilans de santé -

Ce sont en fait des bilans biologiques.

Les moyens techniques dont on dispose actuellement sont insuffisants, sans doute en raison de l'imprécision des objectifs, comme nous l'avons vu.

Le développement des bilans biologiques paraît s'être déroulé dans l'incohérence, assujetti à un automatisme proposé et non choisi.

Trois conceptions s'affrontent actuellement à propos des bilans de santé qui pourraient être effectués : Voici ces trois conceptions :

1 - Les bilans standards précliniques "tous azimuts".

La périodicité est arbitraire. Une des méthodes les plus courantes la fixe ainsi : tous les quatre ans entre 40 et 50 ans, trois ans entre 50 et 60 ans, deux ans entre 60 et 65 ans. Une telle méthodologie s'est avérée injustifiable par des arguments scientifiques.

2 - Les bilans précliniques sélectifs.

Ce mode d'emploi introduit certains critères de choix des paramètres en se fixant des objectifs précis :

a - premier objectif : les affections fréquentes et graves en santé publique.

b - deuxième objectif : les affections décelables pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.

c - troisième objectif : les affections pour lesquelles il existe des moyens simples et efficaces de dépistage précoce.

d - quatrième objectif : les affections pour lesquelles la précocité du diagnostic est une garantie sérieuse de guérison ou de survie à long terme.

Il s'est avéré qu'un petit nombre seulement de maladies répondait aux critères choisis. Ce sont :

- la tuberculose pulmonaire,
- les maladies de surcharge : obésité, diabète, goutte.
- la bronchite chronique (tabagisme)
- certaines affections cardio-vasculaires H.T.A. et artériosclérose (et ses conséquences : cardiopathies ischémiques, artériopathies

centrales et périphériques).

- certains cancers : peau, col de l'utérus, sein, rectum, prostate.
- les néphrites chroniques de toutes étiologies,
- la syphilis,
- les anémies.

Dans le contenu des bilans biologiques, on pourrait donc proposer l'étude des paramètres suivants :

- B.W. (2 réactions de floculation).
- hématocrite.
- U.S.
- Cholestérol total - lipides totaux - triglycérides -
- aspect du sérum.
- créatinine -
- glycémie -
- uricémie
- urines : albumine, sucre, sang, pH.
- radiographie 10 x 10 - face - profil -
- épreuves fonctionnelles respiratoires simplifiées (VEMS et CV sur vitallograph par exemple)
- E.C.G.

Ce bilan serait bien sûr médicalisé, c'est-à-dire replacé par le médecin dans le contexte d'un examen clinique

sérieux.

Cependant, certaines critiques demeurent : telles l'âge de départ et la périodicité de ce bilan, qui restent totalement arbîtraires ; et tel le pouvoir discriminant de certains paramètres (cholestérol, V.S.) qui reste problématique.
Si un tel bilan était mis en oeuvre, il faudrait que des études épidémiologiques longitudinales rigoureuses testent son efficacité et sa valeur prédictive.
Enfin, le coût de ce bilan est considérable, et l'on ne peut en garantir la rentabilité. Qui acceptera d'en assurer le financement ?

3 - Les bilans personnalisés -

Ils répondent à une stratégie déterminée par les facteurs de risques individuels qui doivent être préalablement spécifiés et connus. Il s'agit donc de bilans post-cliniques, effectués systématiquement à intervalles réguliers, dont le contenu est simplifié, le coût réduit, la rentabilité certaine.

Ils ne présentent qu'un seul inconvénient : celui de passer à côté d'un nombre important de dépistages tant que les facteurs de risques sont mal connus.

Dans l'état actuel des connaissances, il semble que les bilans 2 et 3 devraient être couplés. Par exemple,

on pourrait faire tous les 10 ans un bilan complet, et, entre temps, en cas de facteur de risque, un bilan personnalisé.

Parallèlement, des enquêtes épidémiologiques seraient menées, pour déterminer les facteurs de risques d'une part, pour évaluer la valeur prédictive des paramètres biologiques d'autre part.

-:-:-:-

C H A P I T R E I I I

L ' E D U C A T I O N S A N I T A I R E

-:-:-

Nous allons envisager dans ce Chapître l'une des conditions primordiales d'une médecine préventive efficace, et, par conséquence, l'un des principaux facteurs de réussite d'une des bases de cette prévention : les examens de santé. Il s'agit de l'EDUCATION SANITAIRE.

Pour que les examens de santé soient utiles à la population, il faut qu'ils soient compris par elle, et qu'elle accepte de s'y soumettre.

-:-:-:-

I - EDUCATION DES MEDECINS EN MATIERE DE PREVENTION.

L'un des premiers temps de cette éducation sanitaire est celle des médecins eux-mêmes. Elle devrait commencer tôt, à la Faculté et à l'Hôpital.

Elle devrait se poursuivre par plusieurs moyens destinés à sensibiliser le praticien.

a/- A côté des brochures et de la presse médicale rarement lues, les associations locales ou régionales de formation médicale continue devraient être beaucoup plus utiles et efficaces en consacrant quelques séances à un ou plusieurs thèmes de prévention proposés par le Comité National de Prévention Médicale.

b/- L'établissement d'une carte d'échange, comme moyen de liaison entre les organismes collectifs de santé et le médecin praticien paraît fondamental. Celui-ci, déjà motivé, pourrait assumer totalement son rôle dans la prévention, au niveau de l'unité de base qu'est le groupe familial. Le contenu et la forme de cette carte d'échange seraient à débattre ; afin, en particulier, de préserver le secret médical.

c/- La sensibilisation du praticien peut être également obtenue par le biais de l'information du public.

II - EDUCATION SANITAIRE DE LA POPULATION EN MATIERE DE PREVENTION

Elle se ferait dès l'école, par des entretiens concernant la prévention générale.

Elle se poursuivrait au cabinet de consultations où le praticien conseillerait, guiderait, et pourrait distribuer des ouvrages de vulgarisation sur des fléaux sociaux tels que le tabac, l'alcoolisme, etc...

Enfin, elle serait continuelle, par des campagnes nationales d'information du public. Ces campagnes utiliseraient des affiches, des séances radio-télévisées, et cinématographiques, des brochures, et tous les moyens habituels d'information, pour traiter d'un ou plusieurs thèmes de prévention, choisis par le C.N.P.M. Ce thème serait évidemment le même que celui retenu pour l'éducation des médecins, et traiterait d'un sujet pour lequel la prévention assure une efficacité certaine.

-:-:-:-

C H A P I T R E I V

R E C H E R C H E

E N M A T I E R E D ' E X A M E N S D E S A N T E

Dans l'étude des moyens de prévention secondaire, deux problèmes avaient été posés que nous allons envisager succintement dans ce Chapître . Il s'agit :

- Des valeurs de référence en Biologie .
- Du Questionnaire.

VALEURS DE REFERENCE EN BIOLOGIE -

I - DEFINITIONS -

Le concept de valeur normale est pratiquement impossible à utiliser aujourd'hui. Doit-on prendre le terme de normal au sens de fréquent ? de désirable ? ou au sens mathématique strict où il désigne une forme de distribution statistique : celle étudiée par Laplace et Gauss ? On lui préfère donc le concept de "valeur de référence" : c'est-à-dire la qualité avec laquelle la valeur observée est comparée à des fins d'interprêtation. Car le problème à résoudre est le suivant : étant donné une valeur biologique mesurée une seule fois chez un individu, comment la situer à l'intérieur d'une population de référence saine ou malade ?

II - LA POPULATION DE REFERENCE -

Pour définir cette population de référence, il est nécessaire de connaître les facteurs de variations susceptibles d'altérer la variable.

Ils peuvent être énumérés rapidement.

Ils sont :

A - D'ordre général -

- le facteur le plus important à ce niveau et le plus méconnu est certainement la composition du dernier repas pris et l'heure à laquelle il l'a été.

B - D'ordre technique -

- technique de ponction.
- " de mésure.
- " de traitement statistique.

C - D'ordre physiologique.

Là encore les facteurs nutritionnels et l'activité physique habituelle sont d'importants facteurs de variation interindividuelle.

D - Auxquels s'ajoutent les facteurs d'environnement

A côté des facteurs climatiques, il ne faudra pas oublier l'usage des toxiques (tels le tabac et le café), et celui des médicaments.

Il est nécessaire de maîtriser ces variations inter et intraindividuelles afin de ne pas masquer les valeurs limites des résultats "normaux" et pathologiques.

Mais, même dans une population relativement homogène, il a pu être montré que les valeurs fréquentes étaient encore très dispersées, ne permettant pas de déceler une petite déviation chez un individu isolé.

C'est pourquoi la meilleure valeur de référence semble être le sujet lui-même, mesurée à une époque de bonne santé.

La réalisation du profil biochimique et biologique de chaque individu est l'idéal, car il supprime le problème des variations interindividuelles. Mais c'est un idéal impossible à réaliser aujourd'hui.

III - UTILITE ET USAGE DES VALEURS DE REFERENCE -

Dans l'immédiat, et d'après les travaux récents du Centre de Médecine Préventive de Nancy, l'usage que l'on peut faire de l'étude des valeurs de référence est multiple :

- L'étude des populations donnele sens des déviations et leur importance ; auxquelles on pourra comparer la déviation d'un sujet isolé.
- L'étude des valeurs de référence permet de faire des choix d'examens biologiques en fonction de leur

variation biologique intra et interindividuelle et de leur variation analytique, en retenant ceux dont la variation est la plus faible.

- L'étude des valeurs de référence met ainsi en évidence qu'il faut définir ces valeurs en fonction des objectifs choisis. Elles seront différentes pour la description de l'état de santé et le diagnostic.
- La détermination des valeurs de référence de populations supposées saines et de populations malades, laisse la place entre les deux à des groupes à risque peut-être prioritaires pour les examens de santé.
- Enfin, la suite logique de l'utilisation des valeurs de référence est la standardisation des méthodes et des examens. Et là, se pose le problème du contrôle de qualité.

IV - LE CONTROLE DE QUALITE -

Ce dernier se divise en trois parties complémentaires :

- Le contrôle de qualité dans la journée, et jour après jour au sein du même laboratoire.
- L'étude des moyennes journalières des sujets examinés,

afin de replacer la polulation journalière par rapport à la population globalle déjà examinée.

- Contrôle interlaboratoires.

Compte tenu du grand nombre d'informations à traiter, le contrôle de qualité fait appel aux moyens de calcul d'un ordinateur.

-:-

LE QUESTIONNAIRE

I - DEFINITION -

la définition qui a été proposée du questionnaire est la suivante : "Liste de questions présentées au sujet observé, et susceptibles de provoquer les réponses décrivant le plus fidèlement possible la situation réelle de ce sujet ".

La construction d'un questionnaire pose les problèmes du choix des critères et le problème de ses objectifs.

On distingue généralement les questionnaires généraux et les questionnaires spécifiques pour des problèmes précis.

Mais la question la plus importante est celle des performances de cet outil nouveau ; il faut pouvoir justifier de la sélectivité, de la fidèlité et de la validité de chaque question.

- une question sélective doit séparer nettement les malades appartenant à des catégories différentes.
- une question fidèle (ou reproductible) doit reproduire une réponse identique.
- une question valide est une question capable de

fournir l'information désirée. Et l'on distinguera :

- la validité du contenu (la situation décrite correspond-elle à la situation réelle)
- la validité concourante (y a-t'il accord entre la situation décrite par le questionnaire et celle décrite par une autre source d'information réputée sûre).
- la validité prédictive (nombre de fois où un test positif détermine par exemple un sujet malade). Il s'agit là évidemment d'un des aspects les plus importants.

II - ETUDE PRATIQUE D'UN QUESTIONNAIRE -

Il s'agit d'une enquête méthodologique que poursuit depuis deux ans l'I.N.S.E.R.M. en collaboration avec le C.H.U. Henri Mondor d'une part, et l'Hôpital inter-communal de Créteil d'autre part.

Le choix du questionnaire s'est porté sur le CORNELL MEDICAL INDEX , retenu à la fois

- pour son caractère global,
- pour l'importance qu'il attache à définir la situation du sujet telle que le sujet la ressent lui-même,
- pour son caractère dichotomique, qui permet une analyse simple et rapide des réponses.

Ce questionnaire a été proposé à 500 sujets pris à la suite dans la file des entrants. Vérifié par une infirmière, il était ensuite dépouillé par un "Médecin Orienteur" , qui en transcrivait les résultats sur fiche. Parallèlement, un "Médecin Scrutateur" dépouillait le dossier médical du sujet, et en transcrivait le résultat sur fiche

On étudiait finalement la correspondance entre l'interrogatoire médical et les réponses aux questions du questionnaire.

III - RESULTATS -

Cette étude n'étant pas encore terminée, les résultats obtenus ne seront que partiels. On peut dire déjà que, pour qui veut bâtir un questionnaire, quatre grands principes sont à retenir :

1/ - utiliser des mots précis.

2/ - éviter les termes ambigus, les mots non familiers au patient.

3/- stimuler la mémoire du patient.

4/- éviter les questionnaires longs et fatigants.

EN CONCLUSION DE CE CHAPITRE

On peut dire que le problème de l'évaluation des

questionnaires médicaux est capital. Il est important de mettre rapidement au point une méthode d'évaluation générale qui permettra de guider les équipes médicales dans la construction et l'utilisation des questionnaires, avant une extension abusive de ce nouvel instrument de mesure. En tout état de cause, cet outil est actuellement difficilement utilisable, car souvent mal construit et mal compris de la population.

Nous reproduisons ici le questionnaire C.N.A.M., actuellement utilisé dans les Centres de Sécurité Sociale.

-:-:-:-:-

C H A P I T R E V

R E S U M E D E S P R O B L E M E S S O U L E V E S

Nous venons d'examiner les examens de santé d'un point de vue général ; d'un point de vue pratique en les replaçant dans le contexte de la médecine préventive ; d'un point de vue plus particulier en étudiant les deux gros problèmes que sont actuellement les valeurs de référence en biologie et le questionnaire.

Mais les problèmes que soulève une institution comme celle des examens de santé sont nombreux, et de tous les domaines.

1°/ - Le Problème de l'utilité des examens de santé

est certes le premier à devoir être évoqué.

L'intérêt de tels examens, qui permettent de dépister chez une population apparemment saine , une abondante pathologie de façon précoce (ce qui permet donc d'en améliorer considérablement le pronostic), n'est plus à démontrer.

Leur finalité est par contre loin d'être univoque. La situation des examens de santé est actuellement en France ambigue et lourde de dangers pour la santé publique comme pour les finances de la collectivité.

Ainsi, on a vu apparaître sur le "marché" des examens de santé, des firmes à buts lucratifs, dont le souci apparemment légitime de faire des profits ne se double pas nécessairement du souci d'amélioration de la science médicale et de la santé des patients.

Le problème de l'utilité des examens de santé ne pourra être clairement résolu qu'après une parfaite connaissance des différentes composantes.

2°/- A qui sont adressés les examens de santé.

Il faut distinguer là plusieurs plans différents. Tout d'abord l'âge de début et la fréquence de ces examens de santé restent arbîtraires. Ensuite, les différentes catégories de la population ne devraient pas requérir les mêmes bilans de santé. Pour prendre un exemple, le dépistage de la tuberculose pulmonaire devrait être beaucoup plus intense dans les populations immigrées que dans nos populations urbaines.

Sans être totalement individualisés, ces examens devraient être différents suivant les tranches d'âge " à risque " et les catégories sociales "à risque ". Et là, nous soulevons un problème important : celui des facteurs de risque.

3°/- Les facteurs de risque -

Si on veut aller plus loin que ce qui est fait conventionnellement, il faut rechercher de nouveaux facteurs de risque et étudier leur filiation morbide.

Malheureusement, à l'heure actuelle, les profils proposés par les machines ne comportent pas tous les paramètres biologiques qui vont permettre aux recherches

d'avancer. Ce qui a pu faire dire que " les examens " de santé existaient grâce à l'automatisation ; et " qu'ils étaient figés à cause de cette même automa- " tisation. "

4°/ - Méthodologie des examens de santé.

Si le contenu des examens de santé devait être variable en fonction des tranches de population déterminées par l'étude des facteurs de risque, un effort d'uniformité devrait être au contraire entrepris au niveau des méthodes et des protocoles d'examens. Et ceci aussi bien dans le privé que dans le public. Cette uniformisation aurait quatre avantages, en permettant :

- un traitement statistique valable,
- la comparaison, chez un même sujet, des examens successifs,
- la comparaison des coûts de revient,
- l'élimination des surenchères.

5°/- Enfin, le dernier problème est certainement le plus crucial, c'est celui du rôle du Médecin dans les examens de santé.

Dans les examens précliniques, qui sont utilisés actuellement, le médecin risque d'être trop étroitement

conditionné par les chiffres qu'il recevra.

Il aut, en fait, utiliser au mieux les techniques modernes, afin d'augmenter au maximum l'efficacité du clinicien. Celui-ci doit préserver en particulier l'examen clinique, qui est, et restera sans doute encore longtemps l'étape primordiale de toute démarche diagnostique.

-:-:-:-

C O N C L U S I O N

-:-

- Il semble donc souhaitable que le développement des bilans de santé se fasse, mais qu'il se fasse de manière ordonnée.
- Ils doivent participer à une véritable éducation sanitaire, donc être libres de toute réclame douteuse.
- Chaque institution pratiquant des examens de santé doit, avant tout, préciser ses objectifs propres.
- Les techniques les plus modernes de traitement de l'information doivent y trouver leur place au service d'une meilleure efficacité de l'acte médical noble qu'est l'examen clinique.
- Enfin, une approche multidisciplinaire de ces problèmes serait souhaitable, afin d'élaborer un concept de santé somatique aussi bien que psychique ou social.

-:-:-:-:-